

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° \_\_\_\_\_

THÈSE 945

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

**Michel Marc LÉVY**

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 1<sup>er</sup> Août 1915 à St-Etienne (Loire)

---

**Contribution à l'Etude  
DU  
Cancer de l'Œsophage**

*SUR UNE FORME DE CE CANCER  
AYANT PRÊTÉ A L'ERREUR AVEC LA MALADIE  
DE HODGKIN*

---

*Président : M. LEMIERRE, Professeur*

PARIS  
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR  
289, RUE SAINT-JACQUES. 289

---

1939



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1939

N° \_\_\_\_\_

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

**Michel Marc LÉVY**

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 1<sup>er</sup> Août 1915 à St-Etienne (Loire)

---

## Contribution à l'Etude DU Cancer de l'Œsophage

*SUR UNE FORME DE CE CANCER  
AYANT PRÊTÉ A L'ERREUR AVEC LA MALADIE  
DE HODGKIN*

---

*Président : M. LEMIERRE, Professeur*

PARIS  
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR  
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

---

1939

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                  |                    |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                   | ROUVIERE.          |
| Physiologie .....                                                | Léon BINET.        |
| Physique médicale .....                                          | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                            | POLONOVSKI.        |
| Bactériologie .....                                              | Robrt DEBRE.       |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....               | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                      | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                        | ABRAMI.            |
| Pathologie chirurgicale .....                                    | MONDOR.            |
| Anatomie pathologique .....                                      | LEROUX.            |
| Histologie .....                                                 | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale .....                          | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                              | HARVIER.           |
| Hygiène et médecine préventive .....                             | TANON.             |
| Médecine légale .....                                            | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                 | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                       | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                   | CHIRAY             |
| Clinique médicale .....                                          | LOEPER.            |
| » .....                                                          | CARNOT.            |
| » .....                                                          | CLERC.             |
| » .....                                                          | Marcel LABBE.      |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                 | LEREBOULLET.       |
| Clinique des maladies des enfants .....                          | NOBECOURT.         |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... | H. CLAUDE.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....            | GOUGEROT.          |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                   | GULLAIN.           |
| Clinique des maladies infectieuses .....                         | LEMIERRE.          |
| Clinique chirurgicale .....                                      | CUNEO.             |
| » .....                                                          | GOSSET.            |
| » .....                                                          | GREGOIRE.          |
| » .....                                                          | LENORMANT.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                   | TERRIEN.           |
| Clinique urologique .....                                        | CHEVASSU.          |
| Clinique d'accouchements .....                                   | COUVELAIRE.        |
| » .....                                                          | JEANNIN.           |
| » .....                                                          | LEVY-SOLAL         |
| Clinique gynécologique .....                                     | MOCQUOT.           |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....              | OMBREDANNE.        |
| Clinique thérapeutique médicale .....                            | RATHERY.           |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                          | LEMAITRE.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                        | Pierre DUVAL.      |
| Clinique propédeutique .....                                     | Maurice VILLARET.  |
| Clinique de la Tuberculose .....                                 | TROISIER           |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....             | MATHIEU.           |
| Clinique de cardiologie .....                                    | LAUBRY.            |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                | Glovis VINCENT.    |
| Assistance médico-sociale .....                                  | N...               |
| Professeurs sans chaire .....                                    | HAZARD             |
| » .....                                                          | HOVELACQUE.        |
| » .....                                                          | MULON.             |
| » .....                                                          | OLIVIER.           |
| » .....                                                          | SANNIE             |
| » .....                                                          | VERNE.             |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                   |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| AMELINE .....         | Pathologie chirurgic. |
| BARIETY .....         | Pathologie médicale.  |
| BENARD (Henri) ....   | Pathologie médicale.  |
| BERNARD (Etienne) ..  | Pathologie médicale.  |
| Justin BESANÇON ...   | Hydrologie.           |
| BOULIN .....          | Pathologie médicale.  |
| BULLIARD .....        | Histologie.           |
| CATHALA .....         | Pathologie médicale.  |
| CHEVALLIER .....      | Pathologie médicale.  |
| COSTE .....           | Pathologie médicale.  |
| DOGNON .....          | Physique.             |
| FEY .....             | Urologie.             |
| FUNCK .....           | Pathologie chirurgic. |
| GALLIARD .....        | Parasitologie.        |
| GASTINEL .....        | Bactériologie.        |
| DE GAUDART D'ALLAINES | Pathologie chirurgic. |
| GAYET .....           | Physiologie.          |
| DE GENNES .....       | Pathologie médicale.  |
| GIROUD .....          | Histologie.           |
| HAGUENAU .....        | Pathologie Médicale.  |
| HALPHEN .....         | Oto-Rhino-Laryngol.   |
| HUGUENIN .....        | Anat. pathologique.   |
| JOANNON .....         | Hygiène.              |

| MM                 |                        |
|--------------------|------------------------|
| LACOMME .....      | Parasitologie.         |
| LANTUEIOL .....    | Obstétrique.           |
| LAROCHE (Guy) .... | Obstétrique.           |
| LAVIER .....       | Pathologie médicale.   |
| LELONG .....       | Pathologie médicale.   |
| LEMAIRE .....      | Pathol. expérimentale  |
| LEVEUF .....       | Pathologie chirurgic.  |
| MM J. LEVY .....   | Pharmacologie.         |
| LEVY-VALENSI ....  | Neurol. et Psychiatrie |
| MENEGAUX .....     | Pathologie chirurgic.  |
| MOLLARET .....     | Pathologie médicale.   |
| MOREAU .....       | Pathologie médicale.   |
| MOULONGUET .....   | Pathologie chirurgic.  |
| MOUQUIN .....      | Pathologie médicale.   |
| PETIT-DUTAILLIS .. | Anat. pathologique.    |
| PIEDELIEVRE .....  | Médecine légale.       |
| PORTES .....       | Obstétrique.           |
| RENARD .....       | Ophthalmologie.        |
| RICHET .....       | Physiologie.           |
| SENEQUE .....      | Pathologie chirurgic.  |
| TURPIN .....       | Pathologie médicale.   |
| VIGNES .....       | Obstétrique.           |
| WILMOTH .....      | Pathol chirurgic.      |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

| MM.                |                       |
|--------------------|-----------------------|
| ALGLAVE .....      | Pathologie chirurgic. |
| BUSQUAT .....      | Pharmacologie.        |
| CHARLEY-LEST ..... | Physiologie.          |
| GLENIG .....       | Obstétrique.          |
| HEITZ-BOUTIN ..... | Pathologie chirurgic. |

| MM                |                        |
|-------------------|------------------------|
| LARDENNOIS .....  | Pathologie chirurgic.  |
| LE LORIER .....   | Obstétrique.           |
| SCHWARTZ .....    | Patholog. chirurgicale |
| NEVEU-LEMAIRE ... | Obstétrique.           |
| VAUDESCAL .....   | Parasitologie.         |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

| MM                |                      |
|-------------------|----------------------|
| ALAJOUANINE ..... | } Clinique médicale. |
| AUBERTIN .....    |                      |
| BRULE .....       |                      |
| CHABROL .....     |                      |
| DONZELOT .....    |                      |
| DUVOIR .....      |                      |
| LIAN .....        |                      |
| PASTEUR-VALLERY-  |                      |
| RADOT .....       |                      |
| SEZARY .....      |                      |

| MM              |                          |
|-----------------|--------------------------|
| BASSET .....    | } Clinique Chirurgicale. |
| BROcq .....     |                          |
| CADENAT .....   |                          |
| GATELLIER ..... |                          |
| MOURE .....     |                          |
| QUENU .....     |                          |
| VELTER .....    | } Clinique obstétricale. |
| ECALLE .....    |                          |
| METZGER .....   |                          |

## V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé | Education physique.  |
| LEDOUX-LEBARD .....   | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....           | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE .....      | Puériculture.        |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SOEUR

A MON ONCLE

LE DOCTEUR CHARLES NORDMAN  
Médecin des Hôpitaux de Saint-Etienne

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses  
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu me faire le grand hon-  
neur de présider cette thèse. Hommage  
de ma gratitude.*

A M. LE DOCTEUR HALBRON

*Qui m'a inspiré le sujet de ce trop rapide  
travail.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

1936-1937.

M. LE DOCTEUR CAPETTE

*Dont l'enseignement aimable et plein de bonté m'a laissé un souvenir agréable de cette année de chirurgie.*

1937-1938.

M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

*La minutie avec laquelle il examine les malades, la rigueur avec laquelle il porte ses diagnostics, resteront pour moi un exemple. Qu'il trouve ici l'expression de toute mon admiration pour son admirable enseignement.*

1938-1939 (1<sup>er</sup> semestre).

M. LE DOCTEUR HALBRON

*J'ai passé dans son service de l'Hôtel-Dieu six mois qui resteront parmi les meilleurs souvenirs de mon externat. La bonté et la simplicité avec lesquelles il dirige son service lui ont voué l'affection respectueuse et fidèle de ses élèves.*

1938-1939 (2<sup>e</sup> semestre).

M. LE DOCTEUR CAIN

*Plus encore qu'un patron parfait, il a toujours été pour moi un conseiller et un guide. L'activité et l'enthousiasme qui l'animent ont fait mon admiration pendant les mois que j'ai passés dans son service de l'Hôpital Saint-Antoine.*

1939.

M. LE DOCTEUR MAY

*Les heures que j'ai passées avec lui, à l'Hôpital Tenon, me font regretter toutes celles que les circonstances vont m'empêcher de lui consacrer.*

MM. LES DOCTEURS :

GUEULETTE

LAPORTE

LENORMAND

CATTAN

BLOCH-MICHEL

*Qui ont contribué à mon instruction médicale.*

A MES CONFÉRENCIERS D'EXTERNAT  
ET D'INTERNAT

MM. LES DOCTEURS :

MARCEL CACHIN  
CHARLES CACHIN  
CAUCHOIX  
DAVID  
LAPLANE  
B. DREYFUS

M. LE DOCTEUR ALBERT NETTER

*En témoignage de toute mon amitié.*

## SUR UNE FORME DE CE CANCER AYANT PRÊTÉ A L'ERREUR AVEC LA MALADIE DE HODGKIN

Le cancer de l'œsophage, pour insidieux qu'en puisse être le début, n'en demeure pas moins, parmi les néoformations malignes, l'une de celles dont le diagnostic soit le plus fréquemment soupçonné avant tout examen clinique ou paraclinique, de par la manifestation fonctionnelle initiale qui amène le sujet : la dysphagie. Elle figure presque toujours dans l'histoire de ces malades.

Cette notion de dysphagie est si évocatrice que chez un homme sans antécédents, consultant pour une gêne à la déglutition apparue depuis peu, l'hypothèse d'un cancer de l'œsophage est, en règle, la première envisagée.

A l'inverse, il faut souligner toute la difficulté qu'il peut y avoir à songer à une telle affection lorsque manque le signe essentiel dont nous venons de faire mention.

Nous nous proposons de montrer dans ce travail les problèmes auxquels peuvent donner lieu de tels faits par l'exemple d'un cas récent observé dans le service de notre Maître le Docteur Halbron.

Ce cas, en effet, considéré dans son seul aspect clinique, a pu, pendant quinze jours, en imposer pour une maladie de Hodgkin à la phase de début. Les étapes mêmes par lesquelles a passé le diagnostic avant de pouvoir être porté de façon définitive méritent d'être soulignées.

Voici l'observation :

### Observation

Il s'agit d'un sujet de nationalité polonaise, No..., âgé de 38 ans, exerçant la profession de manœuvre, envoyé dans le service de M. le Docteur Halbron le 3 mars 1939 par la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Il a déjà été amené à consulter dans le courant du mois de février parce que, depuis le mois de décembre 1938, il présente quelques signes pulmonaires, de la toux s'accompagnant d'une expectoration, du reste peu abondante ; mais surtout il accuse un certain degré d'asthénie, ne peut plus fournir les mêmes efforts physiques que précédemment. Il a l'impression d'avoir maigri, sans qu'il puisse préciser de quel poids. L'interrogatoire apprend que les fonctions digestives sont demeurées normales. L'appétit n'a pas diminué et il n'a été enregistré aucun signe d'ordre intestinal.

L'examen, à cette période, n'a montré aucune anomalie au niveau des viscères thoraciques ou

abdominaux, et sur le résultat entièrement négatif de cette enquête on a demandé une radioscopie dont voici le compte rendu :

« Ombres hilaires légèrement augmentées de volume.

Hémidiaphragme droit irrégulier et dont la mobilité est légèrement diminuée.

Gros foyer calcifié à la partie externe de la région parahilaire gauche.

Très légère diminution de la transparence du sommet gauche qui s'illumine un peu moins bien à la toux. »

On a également pratiqué une recherche des B.K. dans les crachats, qui s'est révélée négative.

On lui a donc conseillé de prendre quotidiennement sa température et de revenir un mois plus tard ; mais sans attendre ce délai, il s'est présenté au bout de quinze jours parce qu'un fait nouveau est survenu : l'apparition récente de tuméfactions au niveau des creux sus-claviculaires ; et c'est dans ces conditions qu'il a été hospitalisé.

Dès le lendemain, on pratique un examen complet de ce malade.

L'interrogatoire a permis de reconstituer les faits dont nous venons de faire mention. Orienté par l'apparition récente des masses sus-claviculaires, on apprend qu'elles déterminent localement plus qu'une douleur vraie, une gêne accentuée par les mouvements de rotation extrême de la tête.

La recherche de manifestations fonctionnelles

de compression médiastinale s'avère entièrement négative ; mis à part les signes déjà décrits et assez peu évocateurs de toux, ramenant parfois une expectoration mucopurulente. On ne met en évidence ni crise dyspnéique, ni quinte de toux persistante, ni modification de la voix.

Pas plus de signes digestifs que lorsqu'il est venu à la consultation quinze jours auparavant, et cependant, par un interrogatoire détaillé, le sujet raconte avoir parfois éprouvé une sensation de pesanteur épigastrique sans, du reste, avoir jamais présenté de vomissements ou de regurgitations.

L'étude des antécédents n'apporte pas non plus d'arguments dignes d'être retenus : cet homme qui vit à Paris depuis l'âge de 24 ans a présenté pendant son enfance la rougeole, des angines. Une diphtérie à 22 ans. Pas de maladie vénérienne connue.

Marié à une femme en bonne santé, il a deux enfants également bien portants. Son père est mort d'urémie à 71 ans, sa mère est encore vivante.

A l'examen, il apparaît comme un sujet à l'aspect robuste ; l'état général semble peu atteint. A son entrée à l'hôpital, il pèse 69 kilos.

Les creux sus-claviculaires par lesquels nous commençons notre examen n'apparaissent pas bosselés, mais incontestablement un peu moins excavés qu'il n'est de règle. C'est leur palpation, pratiquée fortuitement par le malade, qui l'a alarmé et, en effet, elle nous révèle, dans le creux gauche, une masse le comblant partiellement et où l'on peut

distinguer nettement deux ganglions arrondis, de la taille de grosses noisettes, paraissant à peu près indépendants : très fermes, mais non ligneux, sensibles à la pression quand elle s'exagère, on parvient assez facilement à les dissocier l'un de l'autre.

Plus profondément et en dedans des précédents on a l'impression qu'il en existe au moins un troisième, mais on ne parvient cependant pas à le délimiter nettement. Les téguments sus-jacents sont souples et libres. Dans le creux sus-claviculaire droit, on sent nettement un ganglion moins ferme, gros comme une cerise et un deuxième ganglion plus externe, difficile à palper.

Les chaînes jugulaires, spinales, les ganglions sous angulo-maxillaires, les ganglions mastoïdiens et prétragien paraissent cliniquement respectés.

Dans l'aisselle, au niveau de l'épitrachée on ne sent aucun ganglion.

Par contre, au niveau des plis inguinaux, on met en évidence des deux côtés quelques ganglions, mais petits, indolents, comme il est fréquent d'en constater chez des sujets sains.

Rien au niveau des creux poplités.

La recherche des signes physiques de compression médiastinale, objectivant l'existence d'une adénopathie profonde, reste négative : il n'existe ni circulation collatérale, ni œdème. Pas de syndrome oculaire de type Claude Bernard Horner ; on ne trouve pas non plus de signes témoins d'une compression par les ganglions abdominaux.

En revanche, l'examen de l'abdomen devait montrer un signe essentiel dans l'existence d'une splénomégalie. La rate, en effet, apparaissait franchement percutable sur la largeur d'une paume de main. Par contre, il était impossible de l'atteindre par la palpation.

Le foie dépassait à peine le rebord des fausses côtes.

L'examen de l'appareil pulmonaire ne montre aucune anomalie, aucun signe clinique d'épanchement pleural.

Le cœur est normal dans son rythme, sans bruit surajouté. Le pouls bat à 82 ; la T.A. est à 13-8.

Le système nerveux est sain : les réflexes tendineux sont normaux et il n'existe pas de signe de compression médullaire ou d'atteinte pyramidale. L'étude de la mobilité du globe oculaire et des pupilles ne montre pas de particularités.

L'examen de l'ensemble des téguments ne montre aucune anomalie.

La langue est un peu saburrale.

Un toucher rectal est pratiqué — qui n'apporte aucun renseignement.

Dans les urines, enfin, ni sucre, ni albumine.

Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

Surtout, fait essentiel, ni ce jour, ni les jours qui vont suivre, ce malade dont on prendra soigneusement la température — au début toutes les trois heures — ne présentera le moindre clocher thermique, et l'évolution toute entière de la maladie, à

l'exception des tous derniers jours, va rester apyrétique avec une courbe dont le tracé variera entre  $37^{\circ}$  et  $37^{\circ}5$ .

Dans les jours qui ont suivi un certain nombre d'examens complémentaires ont été pratiqués :

— une nouvelle radio thoracique n'a apporté aucun renseignement : les sommets sont normaux, les sinus libres ; les hiles sont modérément chargés, mais ni de face, ni de profil on ne note d'adénopathies qui paraissent pathologiques. Quelques petits ganglions calcifiés doivent être signalés ; deux à droite, un à gauche, en plein parenchyme pulmonaire.

— Par esprit de système une radio de l'estomac, un lavement baryté sont pratiqués qui ne révèlent aucune anomalie.

— des examens sérologiques en vue de dépister une syphilis donnent également une réponse négative.

— une cuti-réaction apparaît positive au bout de 48 heures.

— le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 31.

— C'est la numération globulaire qui devait apporter un nouveau renseignement d'importance. En effet, pratiquée dès le lendemain de l'entrée du malade, elle fournit les chiffres suivants :

G. R. 3.640.000

Hémoglobine 80 %

Valeur globul. 1.09

G. B. 8.980

Polynucl. neutro. 48.5

Polynucl. eosino. 21.5

Lymphocytes 17.5

Monocytes 12.5

Au total, on est frappé par la proportion considérable des eosinophiles.

L'opportunité d'une biopsie, d'un myelogramme est remise à quelques jours plus tard.

Bref, au terme de cet examen, l'histoire de ce malade pouvait se résumer de la manière suivante : un homme de 38 ans, après une période de 3 mois marquée par une altération de l'état général et quelques signes pulmonaires présente une adénopathie sus-claviculaire bilatérale, une rate percutable, une eosinophilie très importante.

Devant un tel tableau, une série de diagnostics pouvaient être envisagés.

Le signe demeurant au premier plan, tant dans l'histoire de la maladie que dans l'examen complet clinique restait, sans doute, l'adénopathie.

Nous ne ferons que rappeler que le groupe des ganglions sus-claviculaires constitue la partie inférieure de la chaîne retrojugulaire ; ils drainent normalement la région sus-claviculaire, celle de

l'épaule, des lymphatiques venant du creux axillaire. L'hypothèse donc d'une adénopathie satellite d'une affection locale telle qu'une infection cutanée ou une arthrite était donc immédiatement éliminée par l'intégrité des téguments et des articulations scapulo-thoraciques.

L'éventualité d'une adénopathie tuberculeuse ne fut pas non plus longtemps retenue : l'âge du sujet, le siège même de l'adénite, la formule sanguine et surtout l'évolution de l'affection devaient faire abandonner ultérieurement, assez rapidement, un tel diagnostic.

La localisation sus-claviculaire d'une adénopathie consécutive à une lymphadénie aleucémique, puisqu'il n'y avait pas d'hyperleucocytose, aurait pu rendre compte des adénopathies, ainsi que de la splénomégalie, mais la localisation si stricte, le caractère assez ferme des adénopathies, le volume de la rate moins augmentée que dans les états leucémiques firent éliminer une telle hypothèse, sans même que l'on jugeât utile de pratiquer un myélogramme.

La maladie de Hodgkin demeurait, en fait, au terme de ce premier examen, le diagnostic vers lequel l'ensemble du tableau clinique orientait inévitablement.

L'âge assez jeune du sujet, le caractère bilatéral irrégulier de l'adénopathie, la splénomégalie certaine et surtout le pourcentage élevé d'éosinophiles étaient autant de signes majeurs pour le diagnostic.

Certes il y manquait plusieurs symptômes : l'absence d'autres ganglions cervicaux, axillaires ou médiastinaux coexistants, plus accessoirement celle de prurit, celle de polynucléose, mais surtout l'apyrexie totale empêchait de porter un tel diagnostic sans arrière-pensée, avant la confirmation par la biopsie.

Enfin nous avons, passant en revue systématiquement les<sup>e</sup> différentes étiologies possibles d'une telle adénopathie soulevé l'éventualité d'un cancer pulmonaire encore invisible radiologiquement ou de façon plus générale d'une propagation ganglionnaire métastatique d'un cancer, mais là nous étions gênés pour interpréter la splénomégalie et la formule sanguine.

L'évolution devait pourtant donner raison à cette dernière hypothèse.

Pour des raisons d'ordre matériel, il ne fut pas possible de pratiquer de biopsie ganglionnaire avant le 13 mars 1939 : celle-ci fut faite dans le service de M. le Professeur Cunéo.

Le compte rendu opératoire dit :

« Anesthésie locale.

Incision verticale au bord postérieur du sterno-cleido-mastoïdien.

Ouverture de l'aponévrose<sup>e</sup> cervicale superficielle.

On arrive sur une masse ganglionnaire. On isole un ganglion.

En libérant la face postérieure du ganglion on fait une plaie latérale de la jugulaire interne. Cette ouverture est petite : on essaie de poser une ligature qui entraîne une déchirure plus grande. On laisse alors 3 pinces de Péan à demeure.

Dans l'après-midi, à 15 h. 30, d'urgence, on doit intervenir à nouveau et ligaturer la jugulaire interne.

On aggrandit l'incision.

Libération de la veine qui est sectionnée entre deux ligatures au très gros fil de lin. 2 crins. »

Cependant l'examen histologique de la pièce devait apporter une nouvelle surprise, car elle se présente, sans discussion possible sous l'aspect d'une métastase ganglionnaire d'un cancer malpighien. A l'examen microscopique, le ganglion apparaît, en effet, envahi par des boyaux cellulaires irréguliers, tomenteux, dont l'origine malpighienne est facile à reconnaître. En plusieurs endroits le tissu lymphoïde a entièrement disparu.

Il s'agit d'une variété spino-cellulaire de ce cancer.

Restait alors à découvrir le cancer initial au niveau d'un épithélium malpighien.

La bouche, ainsi que la partie mobile de la langue paraissaient indemnes.

On demanda au spécialiste d'examiner la base de la langue, les amygdales, mais celles-ci, ainsi que le cavum, le pharynx, le larynx présentaient un aspect normal.

Le toucher rectal, l'examen endoscopique témoignaient de l'intégrité de la zone cutanéomuqueuse de l'anus.

On pratiqua alors, le 30 mars, un examen radiologique de l'œsophage : après traitement antispasmodique on ne note aucun retard dans le passage de la bouillie, aucune irrégularité, aucun rétrécissement pathologique du profil œsophagien.

Des clichés sont pris qui confirment l'apparence saine du canal œsophagien. Malheureusement, pour des raisons d'ordre matériel, on ne peut pratiquer d'œsophagoscopie.

On était ainsi arrivé à une seconde étape de diagnostic : l'anatomie pathologique permettait d'affirmer l'origine cancéreuse métastatique des ganglions ; on ignorait le siège du cancer initial encore latent.

Pendant les deux mois qui suivent, avril-mai, l'état général du malade s'aggrave : il s'affaiblit, maigrit de plus en plus ; l'anorexie s'installe, bientôt complète, la courbe du poids passe de 69 kilos à l'entrée, à 55 kilos à la fin mai. Fait intéressant, une série de numérations globulaires montre que l'œsi-

nophilie a tendance à diminuer, mais reste cependant nettement pathologique. Ainsi l'on compte :

|               | G. R.     | G. B.                                                 |
|---------------|-----------|-------------------------------------------------------|
| 6 Avril ..... | 4.000.000 | 7.500 avec 70 % de polynucléaires dont 18 % d'éosino. |
| 10 Mai .....  | 4.600.000 | 7.200 avec 71 % de polynucléaires dont 10 % d'éosino. |
| 10 Juin ..... | 4.600.000 | 7.000 avec 83 % de polynucléaires dont 13 % d'éosino. |

Fonctionnellement, il n'existe toujours aucun signe jusqu'au début de juin, date à laquelle s'installent, en quelques jours, une série de symptômes de compression médiastinale : de la dysphonie avec voix bitonale ; un examen laryngoscopique la montre en rapport avec une paralysie des cordes vocales gauches ; des quintes de toux coqueluchoïdes, fréquentes, épuisant le malade et même un syndrome de Claude Bernard-Horner du côté gauche.

Et surtout, parallèlement à ces signes apparaît une dysphagie dont l'importance empêche très rapidement l'ingestion de tout aliment un peu consistant.

Un examen radioscopique, pratiqué le 14 juin, ne laisse, cette fois, aucune place au doute : on note, à peu près à l'union des tiers supérieur et moyen de l'oesophage, un peu au-dessus de l'ombre aortique, un arrêt complet de la baryte qui s'accumule

bientôt, formant une dilatation sus-stricturale remontant jusqu'au niveau des dernières vertèbres cervicales. Le défilé ne peut être franchi, et quelques minutes après l'absorption se produit une régurgitation et le malade rend la bouillie opaque.

Dès lors, l'état du malade empire chaque jour. Les liquides avec lesquels on parvient encore à le nourrir jusqu'au début de juillet ne peuvent plus passer non plus. La déshydratation s'accroît. Le poids descend à 50, puis 47 kilos le 5 juillet.

Le 15 juillet, on pratique dans le service de M. le Professeur Cunéo une gastrostomie. Le compte rendu opératoire dit :

« Laparatomie para-médiane sus-ombilicale à travers la partie externe du grand droit gauche.

L'estomac s'extériorise assez facilement.

Gastrostomie par le procédé Souligoux.

Gaine aux crins. Agrafes sur la peau. »

L'intervention est suivie d'une amélioration certaine, objectivée par le poids qui remonte à 51 kilos le 10 août et 53 kilos le 24 août.

Mais les signes respiratoires de compression médiastinale s'accroissent. A partir du 20 août apparaît, pour la première fois un état subfébrile persistant sans du reste dépasser 37°8.

Le malade se cachectise de jour en jour. Le teint est jaunâtre.

Le 10 septembre, il fait une poussée thermique probablement en relation avec un foyer pulmonaire.

du reste assez bâlard, traduit uniquement par quelques râles à la base droite.

Le 15 septembre, alors qu'on espère un peu du fait de la disparition du foyer et de la fièvre, le malade entre dans une agonie qui se terminera 48 heures plus tard, dans la matinée du 17 septembre.

L'autopsie devait confirmer les données de la clinique.

Elle a été pratiquée le 19 septembre.

L'œsophage est difficile à isoler des ganglions qui l'entourent.

On trouve à la partie supérieure, immédiatement au-dessous du larynx, une dilatation donnant à l'œsophage l'aspect d'une anse grêle.

A la partie inférieure, on trouve une ulcération de la taille d'une pièce de 20 fr. dont les bords sont végétants, irréguliers, d'aspect nettement néoplasique. Le fond de l'ulcération s'ouvre largement dans la face postérieure de la trachée. Tout autour du larynx et de la partie supérieure de la trachée, on trouve des ganglions, dont certains ont la taille d'un marron : durs, entourés d'une réaction fibreuse, blancs à la coupe, ils ont un aspect cancéreux incontestable.

Le corps thyroïde est volumineux, envahi presque en totalité par des masses blanches et dures, d'aspect squirrheux.

La plèvre droite contient un petit épanchement séro-purulent.

A la base du poumon droit, la section montre

des bronches remplies de pus. On y constate de nombreux petits noyaux broncho-pneumoniques, en voie de suppuration, disséminés au milieu d'un tissu hépatisé.

Au niveau du poumon gauche on trouve quelques noyaux calcifiés et fibreux de tuberculose ancienne.

Les ganglions du hile sont augmentés de volume, anthracosiques, avec quelques points caséeux. Il n'existe pas de lésions cancéreuses appréciables.

Le foie est de poids et de dimensions normales.

En quelques points de la surface on note des taches blanchâtres. A la coupe, on constate l'existence au niveau de ces taches de noyaux de la taille d'un pois ayant l'aspect typique nodulaire du cancer secondaire.

La rate est d'aspect normal. Elle pèse 275 gr. La coupe n'y montre aucune particularité.

Les reins et le cœur sont normaux.

L'estomac et l'intestin ne présentaient aucune lésion appréciable. En raison des circonstances, il n'a pu être pratiqué d'examen histologique.

Tel est le cas qui nous a paru mériter d'être rapporté : entrant dans la catégorie de ces formes assez rares de cancer de l'œsophage dont le symptôme initial n'est pas la dysphagie, il constitue un exemple des difficultés diagnostiques que peuvent soulever de telles formes.

Dans le cas particulier, l'ensemble du tableau clinique prêtait à confusion avec la Maladie de Hodgkin de la façon la plus trompeuse.

Adénopathies, splénomégalie, éosinophilie étaient autant d'éléments qui devaient orienter un premier examen vers ce diagnostic. Celui-ci devait être infirmé à la lumière de l'anatomie pathologique et c'est seulement l'évolution qui, de façon tardive, après plusieurs mois, a permis de porter un diagnostic précis définitif.

Si nous essayons de schématiser les éléments du tableau qui ont induit en erreur, nous en trouvons quatre.

D'une part, et en premier lieu l'absence du signe fondamental du cancer œsophagien : la dysphagie. Le signe qui attira l'attention étant l'adénopathie sus-claviculaire.

D'autre part, deux symptômes inhabituels au cancer de l'œsophage : la splénomégalie, l'éosinophilie.

Nous avons cherché dans la littérature médicale si des cas analogues avaient été rapportés :

1° Des cancers de l'œsophage ont-ils été accompagnés d'éosinophilie importante ?

Aucun article étudiant isolément ce cancer n'en fait mention, mais il faut rappeler les nombreux travaux cherchant à établir une relation entre le

développement d'un tissu cancéreux et l'augmentation du taux des éosinophiles. Leur étude déborde le cadre du présent travail et nous ne pouvons que mentionner entre autres, les articles publiés à cet égard par MM. Albert Claude, Cain et Olivier, Pavlosky : ils rapportent les cas de certaines localisations néoplasiques au niveau du col utérin, du poumon, du tube digestif et en particulier de l'estomac qui ont pu donner lieu à une éosinophilie marquée. Sans doute faut-il en rapprocher le fait que nous observions.

2° On ne retrouve pas davantage la mention d'une splénomégalie dans les différentes descriptions du cancer de l'œsophage, mais dans le cas qui nous occupe, l'hypertrophie relativement modérée de la rate qui n'était pas palpable peut s'expliquer :

A) soit parce que le sujet présentait d'autres antécédents (alcoolisme discret, en particulier) ;

B) soit parce qu'il s'agissait d'une rate physiologiquement percutable ;

C) enfin les rapports réciproques de l'éosinophilie et de la fonction splénique ont été discutés : dans le cas présent il est possible que les deux symptômes puissent être liés l'un à l'autre.

3° Reste enfin le dernier point, le plus important, l'absence de dysphagie dans le cancer œsophagien :

A cet égard MM. Bonnamour et Pichat rappelaient, dans un article paru en août 1930, que la dysphagie n'est pas un signe nécessaire dans le cancer de l'œsophage. Ils ajoutent : « Si des cancers de l'œsophage sans dysphagie publiés sont rares, c'est à cause de la difficulté de leur diagnostic qui est presque toujours fait post-mortem et de la rareté des autopsies de ce genre de malades. » Et plus loin, en ce qui concerne les formes révélées par une métastase ganglionnaire, ils disent : « Elles sont très rares ; il s'agit d'ordinaire de tumeurs cervicales uni ou bilatérales. » Ils concluent : « En somme, le ploy morphisme de ces formes sans dysphagie est grand et le diagnostic n'a pu en être fait que par hasard ou fort tardivement. »

Dans le cas qui nous intéresse, il est regrettable que nous n'ayons pas eu la possibilité matérielle de pratiquer l'œsophagoscopie. Tous les autres procédés d'investigation ayant été mis en œuvre sans apporter de renseignements, elle eût peut-être permis, surtout en s'aidant d'une biopsie, de porter plus précocement le diagnostic.

## CONCLUSIONS

Certains cancers de l'œsophage ne s'accompagnent pas de dysphagie.

Le diagnostic en est, alors, particulièrement difficile, surtout si, comme dans le cas rapporté, viennent se surajouter des signes anormaux pouvant orienter le diagnostic vers une autre affection.

L'examen radiologique peut ne donner que très tardivement des renseignements.

L'œsophagoscopie constitue un mode d'exploration indispensable à un diagnostic précoce.

Vu : *Le Doyen*,  
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,  
A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer  
*Le Recteur de l'Académie de Paris*,  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

- Jean Guisez.* — Sur quelques formes anormales du cancer de l'œso. (La clinique, mars 1933, N° 202).
- A propos du diagnostic du cancer de l'œso. (Bulletin et Mém. de la Sté de Méd. de Paris, 9 juin 1933).
- Quelques remarques sur le cancer de l'œso. (Presse médicale, 4 août 1937).
- M. Loeper.* — La généralisation du cancer de l'œso. n'est pas une exception. (Le Monde médical N° 881, 8 avril 1936).
- Zalka.* — Cancer de l'œsophage (Les feuillets du praticien, Doin, éditeur, Paris 1939).
- Bonnamour et Pichat.* — Formes larvées du cancer de l'œsoph. (Journal de médecine de Lyon, 20 août 1930).
- Huguenin.* — Les aspects tumoraux de la lymphogranulomatose (Bulletin de l'Ass. franç. pour l'étude du cancer N° 1. Janv. 1929).
- Bensis et Gouttas.* — Lymphogranulomatose maligne, traduite cliniquement par une hyperplasie ganglionnaire localisée (Le Sang, N° 3, 1934).

*Genfurier et Lorrain.* — Un cas de Maladie de Hodgkin (Sté médic. des hôp. de Paris, 1922 XLVI).

*A. Claude.* — Eosinophilie et tumeur maligne (Liège médical, 9 juin 1929).

*A. Cain et Olivier.* — Signes hématologiques du cancer de l'estomac et des ulcères gastro-duodén. (Revue médicale française, octobre 1934).

*Mayr et Moncorps.* — Eosinophilie et rate (Muenchner medizinische Wochenschrift).



